

Cancer du sein

Dépistage du cancer du sein

Généralités

- C'est le cancer le plus fréquent chez la femme. En France, il y'a environ 12.000 décès/an par le cancer du sein
- Le taux de mortalité du cancer du sein, malgré la thérapeutique, n'a pas bougé
- Le pronostic d'une tumeur du sein dépend du stade auquel elle a été découverte (au stade I, le taux de survie à 10 ans est de 90%). Au fur et à mesure que le diagnostic se fait tardivement, la survie baisse
- Une tumeur du sein de 1 cm de diamètre découverte aujourd'hui, aurait 8 ans d'évolution derrière, d'où l'intérêt du dépistage et du diagnostic précoce

Population ciblée par le dépistage

- Femme, à partir de 50 ans, mais cet âge peut être abaissé à 40 ans
- Le dépistage a des problèmes de réalisation et de coût

Moyens de dépistage

- **Autopalpation** : se fait par la patiente elle-même, une fois par mois, pendant les règles, à éviter la veille des règles car les seins sont tendus et douloureux. Peut être également faite pendant la grossesse (mais les seins sont tendus et douloureux)
 - **Inconvénient** : cancérophobie, augmente le nombre de consultations spécialisées, abandon (car peur de trouver quelque chose)
 - Il faut, cependant, savoir que l'autopalpation est un moyen de diagnostic et non pas de dépistage (pour être palpable, le diamètre doit être supérieur à 1 cm)
- **Consultation spécialisée** : recommandée un fois par an (ou tous les 6 mois chez un médecin généraliste ou de famille)
- **Mammographie** : c'est un examen radiologique pratiqué dans un centre spécialisé, elle n'a pas d'intérêt avant 30 ans car les seins sont denses et la radiographie n'est pas interprétable. Si une anomalie est retrouvée, on peut augmenter les incidences
 - **Âge** : cancer rare avant 40 ans, fréquent à 50 ans
 - La mammographie est faite, théoriquement, tous les 2 ans pendant les 4 premières années, s'il n'y a pas de facteurs de risque familiaux, ou la faire tous les 3 ans
 - **Interprétation** : doit être interprétée par 2 ou 3 médecins différents
 - **Efficacité** : très efficace, sensible (faux-négatifs à 3%) et spécifique (faux-positifs à 7%)
- **Echographie** : si tumeur solide → masse pleine, si tumeur liquidienne → masse anéchogène
 - **Inconvénient** : elle est opérateur-dépendant, pratiquement irréalisable dans le cadre de dépistage car elle nécessite des moyens et du personnel qualifié
- **Cyto-ponction** : elle se fait à l'aiguille fine, sans anesthésie, elle permet de faire une étude cytologique, l'interprétation est très difficile (nécessite un cytologiste compétant et entraînés)
 - **Cytologie positive** → fiable à 100%
 - **Cytologie négative** → n'élimine pas un cancer du sein
- **Biopsie** : la biopsie chirurgicale est abandonnée car risque de dissémination important. Si la biopsie ne tranche pas → drill biopsie
 - Le dépistage orienté s'adresse aux femmes à risque

Cancer du sein

Epidémiologie

- C'est le 1^{er} cancer de la femme entre 50 et 65 ans
- Un cancer sur 3 est un cancer du sein chez la femme
- En France, le nombre de nouveaux cas est de 90/100.000 femmes
- **Âge** : rare avant 30 ans, la fréquence augmente avec l'âge (30 à 50 ans) puis diminue après 55 ans

Facteurs de risque

- **Population à risque** : antécédent familial d'un cancer du sein, femme célibataire de plus de 40 ans, nullipare ou primipare âgée, femme intellectuelle de plus de 16 ans d'études, niveau socio-économique élevé
- **Profil** : femmes obèses stressées, mastopathie kystique bénigne, hyperplasie lobaire galactophorique, cancer du sein controlatéral

Histoire naturelle

- **Temps de croissance** :
 - Le temps de dédoublement moyen d'une tumeur est d'environ 2 mois
 - La durée moyenne de la phase infra-clinique est d'environ 6 ans
 - La survenue de métastases précède de quelques mois le diagnostic clinique
- **Métastases** : elles font tout le pronostic de la maladie, elles concernent l'os, le foie, le poumon, la plèvre, la surrénale et le Système Nerveux Central. Le haut risque métastatique est corrélé avec :
 - Nombre de ganglions envahis (> 3)
 - Grade 3 de Scarff Bloom et Richardson (SBR) est un risque de métastase
 - Taille de la tumeur si elle est au stade III (> 5 cm)
 - Absence de récepteurs hormonaux
- **Influence hormonale** : le rôle des œstrogènes semble prédominant. L'œstrogène n'est pas un agent oncogène mais un élément promoteur, favorisant l'expression de l'agent oncogène. Il existe deux types de tumeurs (hormono-dépendantes et non-hormono-dépendantes), l'hormono-dépendance est mesurée par le dosage des œstrogènes dans la tumeur, appelé Récepteur d'Œstrogènes (RE) et Récepteur de Progestérone (RP)

Etude clinique

En général, c'est la patiente elle-même qui découvre une anomalie du sein (malformation de la peau, du mamelon, nodule, écoulement sanglant...), douleur mammaire... sinon, c'est une découverte systématique ou par une mammographie

- **Interrogatoire** : circonstance de découverte, antécédents familiaux, facteurs de risque, évolution de la tumeur depuis sa découverte
- **Inspection** : torse nu, bras abaissés puis relevés, examen comparatif entre les deux seins
- **Palpation** : bilatérale (10-15% des cancers du seins sont bilatéraux)
 - Main de l'examineur à plat, en refoulant la glande contre le grill costal, l'examen se fait quadrant par quadrant
 - Examiner le pli sous-mammaire et le prolongement axillaire
 - Préciser la taille du nodule, sa mobilité, sa consistance, ses limites, caractère indolore
 - Si écoulement mammaire par un ou plusieurs galactophores, préciser sa couleur (sang, purulent...)
 - Examen des aires ganglionnaires

Paraclinique

- **Mammographie** : interprétation difficile si les seins sont denses (femme jeune). Les anomalies rencontrées sont :
 - **Anomalies cutanées** : épaissement cutané (++), rétraction cutanée, rétraction et déviation du mamelon
 - **Anomalies tumorales** : image stellaire typique, images mal limitées spéculées (limitée d'un côté, anormale d'un autre). L'image radiologique est souvent inférieure à l'anomalie clinique, cette image est cerclée d'un halo clair péri-tumoral (très suspect)
 - **Micro-calcifications** : sont très péjoratives lorsqu'elles sont en amas. Bénignes si ce sont des macro-calcifications
- **Echographie** : trouve son intérêt dans les seins très denses quand la mammographie est difficile à interpréter. Les images suspectes sont : image à contour flou, irrégulier et polycyclique, écho-structure hétérogène, image lacunaire hypo-échogène
- **Cyto-ponction** : elle n'a de valeur que si elle est positive (si elle négative, ça n'élimine rien), le taux de faux-positifs est de 10%, elle permet un diagnostic d'orientation de 85%
- **Cytologie de l'écoulement mamelonnaire** : très aléatoire, 37% de faux-négatifs

Classification TNM

- **Taille de la tumeur** :
 - **T₁** : tumeur ≤ 2 cm
 - **T₂** : tumeur > 2 cm mais ≤ 5 cm
 - **T₃** : tumeur > 5 cm mais ≤ 10 cm
 - **T₄** : tumeur > 10 cm ou fixée à la paroi thoracique ou infiltrant la peau
- **Ganglions envahis** :
 - **N₀** : pas de ganglions
 - **N₁** :
 - **N_{1a}** : ganglion axillaire homolatéral palpable, mobile non-suspect cliniquement
 - **N_{1b}** : ganglion axillaire homolatéral palpable, semi-mobile, suspect cliniquement
 - **N₂** : ganglion axillaire homolatéral fixé
 - **N₃** : ganglions métastatiques sus- et sous-claviculaires
- **Métastases** :
 - **M₀** : pas de métastases
 - **M₁** : métastases

Formes cliniques

- **Cancer de la femme jeune** : 5-8%, touche la femme de moins de 40 ans, de mauvais pronostic, avec envahissement ganglionnaire
- **Cancer de la femme âgée** : meilleur pronostic, d'évolution lente

Bilan d'extension

- Radiographie thoracique, échographie abdomino-pelvienne (foie et pelvis), scintigraphie osseuse complète
- **Marqueurs tumoraux** : CA 15-3 (permet la surveillance per- et post-thérapeutique)
- **Récepteurs hormonaux** : RE et RP (pour adapter le traitement)

Traitement

- **Moyens** : chirurgie, chimio-radiothérapie, hormonothérapie
- Le traitement est fonction du stade, de l'envahissement ganglionnaire, de la taille de la tumeur et de l'âge
 - **Si taille < 3 cm** : le traitement peut être chirurgical conservateur (tumorectomie ou quadrantectomie) complété par un curage ganglionnaire axillaire :
 - **Si ganglions envahis** : radiothérapie des aires ganglionnaires
 - En principe, il n'y a pas de chimiothérapie
 - **Si taille > 3 cm** : ablation du sein (intervention de Patey), radiothérapie, chimiothérapie si cure, hormonothérapie si les récepteurs sont présents
 - **Si tumeur T₄** : uniquement une chimiothérapie et hormonothérapie
 - L'hormonothérapie (anti-œstrogène (Tamoxifène) ou progestérone) est bénéfique si la tumeur est hormono-sensible (présence de RE et RP au niveau de la tumeur) afin d'empêcher la stimulation des cellules tumorales par les œstrogènes, inhibition compétitive de l'action des œstrogènes par fixation au niveau de leurs récepteurs
- **Pronostic** : dépend de la taille, l'atteinte cutanée, les adhérences, la différenciation et les RE
- **Résultats** : survie à 5 ans : 80% pour T₁, 50% pour T₂, 20% pour T₃ et 0-10% pour T₄